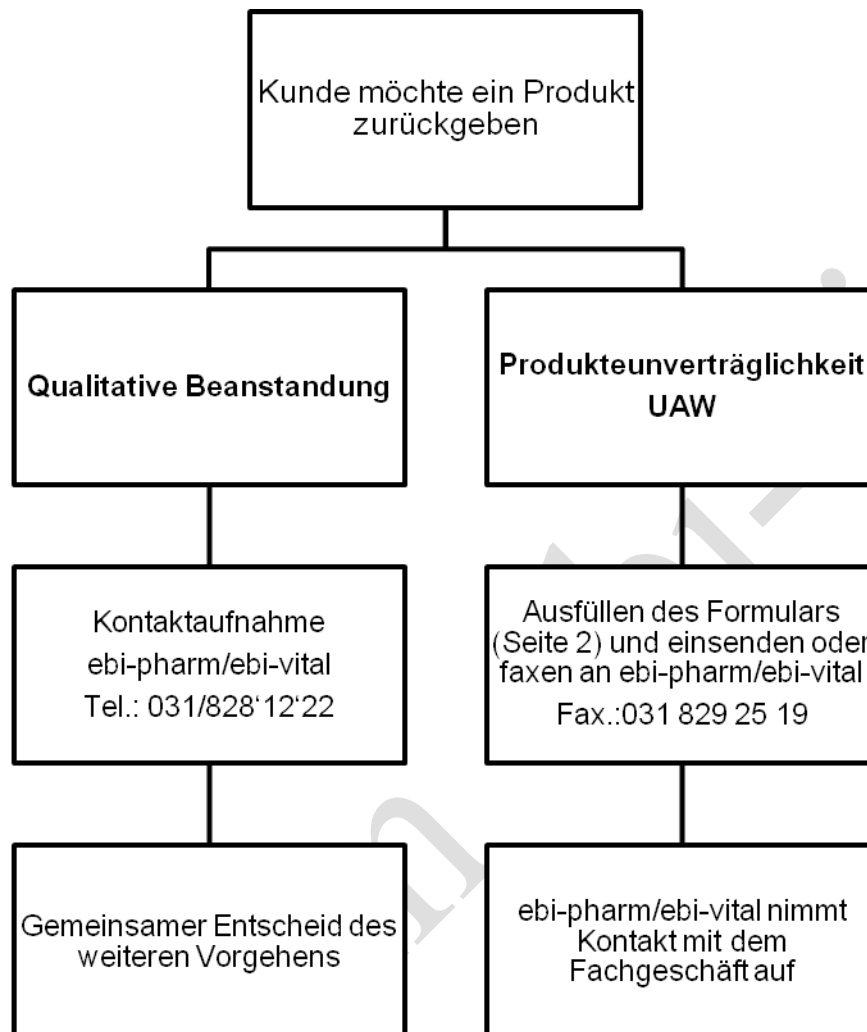


Vorgehen bei einer Produkteunverträglichkeit/UAW oder qualitativer Beanstandung.



# Fragebogen: Produktunverträglichkeit, unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Name, Vorname	weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="radio"/>	Alter:
Straße und Hausnummer:	Telefonnummer*:		
PLZ / Wohnort:	E-Mail*:		

\*für eventuelle Rückfragen

## Fragen zum Produkt

### 1. Um welches Produkt handelt es sich?

Name

Chargennummer

Verfalldatum

### 2. Wo haben Sie das Produkt gelagert?

### 3. War die Packung

neu angebrochen

angebrochen und längere Zeit liegen gelassen

## Fragen zur Anwendung

### 4. Aus welchem Grund (Symptome, Erkrankung) haben Sie das Produkt angewendet?

### 5. In welcher Dosierung haben Sie das Produkt angewendet?

### 6. Welche Reaktion hatten Sie auf das Produkt?

### 7. Wie lange haben Sie das Produkt verwendet, bis die Symptome auftraten?

### 8. Wie lange dauerte es nach der Anwendung bis die Beschwerden auftraten?

### 9. Bei Salben/Cremen: Traten die Symptome nur an der Stelle auf an der das Produkt aufgetragen wurde?

Nein  Ja

### 10. Wie lange dauerte es bis die Beschwerden vergingen?

### 11. Traten die Symptome nach jeder Anwendung auf?

Nein  Ja

### 12. Falls ja, waren sie nach jeder Anwendung

gleich stark?  nahmen ab?

wurden immer stärker?

### 13. Was haben Sie nach Auftreten der Symptome gemacht?

Arzt  Zahnarzt aufgesucht

➤ Seine Diagnose und Behandlung:

Produkt abgesetzt

Produkt weiterverwendet

### 14. Falls das Produkt weiterverwendet wurde:

traten die Beschwerden nicht mehr auf

blieben die Beschwerden unverändert

wurden die Beschwerden schlimmer

## Allgemeine Fragen zu ihrem Gesundheitszustand

### 15. Leiden Sie an chronischen oder akuten Erkrankungen? -Wenn ja, an welchen?

### 16. Nehmen Sie zur Zeit andere Arzneimittel oder Nahrungsergänzungsmittel ein?

Nein

Ja, welche:

### 17. Haben Sie sich während der Zeit der Anwendung intensiv der Sonne ausgesetzt?

Nein

Ja

### 18. Haben Sie momentan besondere Lebensumstände (Stress, Urlaub, Schwangerschaft, Stillzeit...)?

### 19. Leiden Sie unter einer bestimmten Allergie oder Lebensmittelunverträglichkeiten (Laktose, Gluten, Schalentiere etc)?

Nein

Ja, welche:

Datum:

Unterschrift:

*Ihre Informationen werden streng vertraulich behandelt*

Meldende(r) Arzt/ Apotheke/Drogerie/HP/sonstige  
(Name/Tel.Nr.):

Stempel

Bitte senden Sie uns dieses Formular an:

ebi-pharm ag / ebi-vital ag

Fachtechnische Leitung

Lindachstrasse 8c

3038 Kirchlindach

Tel.: 031/828'12'22

Fax.: 031 829 25 19